

Aufnahmeantrag

Deutschordenshaus Regensburg Betriebs-GmbH
Haus Albertinum
Clermont-Ferrand-Allee 40 - 93049 Regensburg
Tel. 0941/28073-0 - Fax: 0941/28073-150
www.deutschordenshaus-regensburg.de
verwaltung@deutschordenshaus.de

Graue Felder bitte
nicht ausfüllen!

Einzugstermin:

WB: _____

Zimmer-Nr. _____

1. Persönliche Angaben

Nachname _____ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

früherer Beruf _____ Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Dringlichkeit: dringend nicht dringend

Zimmerkategorie: Einzelzimmer Appartement Doppelzimmer

Raucher: Nein Ja

Derzeitiger Aufenthalt: Zuhause Krankenhaus: _____ Reha

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Ja Nein

1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____

Wenn Ja, wann waren die Impfungen? 1. Booster Impfung am _____

2. Booster Impfung am _____

2. Angehörige / Betreuer/ Bevollmächtigter

Nachname _____ Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ **Vollmacht vorhanden:**
Ja: Nein:

Telefon: _____ E-Mail: _____

Nachname _____ Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ **Vollmacht vorhanden:**
Ja: Nein:

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bitte wenden  

3. Krankenkasse/ Pflegekasse

Krankenkasse/ Pflegekasse _____ Versicherungsnummer mit Status _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge? Nein Ja

Es ist Pflegegrad: 1 2 3 4 5 vorhanden.

Bescheid der Pflegekasse liegt vor: Nein Ja

Einstufung beantragt: Nein Ja, am _____

Schnelleinstufung beantragt Ja Nein
von wem? _____
wird demnächst beantragt durch: _____

Es liegt keine Pflegestufe vor: Rüstig

Zuzahlung zu Medikamenten: befreit nicht befreit

Schwerbehindertenausweis: Nein Ja, zu _____ %

Patientenverfügung vorhanden: Nein Ja

4. Finanzielle Angelegenheiten

Rente/Vermögen sind ausreichend, um die Heimkosten aus eigenen Mitteln zu bezahlen:

Ja _____ Nein _____

5. Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

Nachname _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Bitte Antrag vollständig ausfüllen!

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in
bzw. seines/r gesetzlichen Vertreters/in